

AL SIG. PRESIDENTE  
DELLA COOPERATIVA  
"SAN FRANCESCO"  
VOLPIANO

## DOMANDA DI INGRESSO

Il/la Sottoscritto/a	
Nato/a a	Prov.
il	codice fiscale
Residente a	Prov.
in Via	Tel.

rivolge domanda per l'ammissione nella Casa di Riposo "SAN FRANCESCO" di Volpiano.

A tal fine autocertifica quanto segue:

<u>Stato civile:</u>	<input type="checkbox"/> Coniugato/a	<input type="checkbox"/> Vedovo/a	<input type="checkbox"/> Celibe/nubile
<u>Vive:</u>	<input type="checkbox"/> Con coniuge / convivente	<input type="checkbox"/> Con figli / parenti	<input type="checkbox"/> Solo/a
	<input type="checkbox"/> In altra struttura	<input type="checkbox"/> Altro	
<u>Ricovero richiesto da:</u>	<input type="checkbox"/> Il/la sottoscritto/a	<input type="checkbox"/> famigliari	
	<input type="checkbox"/> servizi sociali	<input type="checkbox"/> altro ( <i>specificare</i> )	
<u>Motivo del ricovero:</u> ( <i>barrare anche più risposte</i> )	<input type="checkbox"/> non è più autonomo dal punto di vista fisico/psichico	<input type="checkbox"/> la famiglia non è in grado di provvedere	
<input type="checkbox"/> non ha parenti	<input type="checkbox"/> vive solo in casa	<input type="checkbox"/> altro	
<u>Ricovero:</u>	<input type="checkbox"/> temporaneo (per ____ mesi)	<input type="checkbox"/> definitivo	
<u>Fruisce di assegno di accompagnamento</u>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<u>Ha la pratica in corso</u>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

(data) \_\_\_\_\_

(firma) \_\_\_\_\_

**SCHEDA DI RILEVAZIONE DELLO STATO DI SALUTE**

**DEL SIG. / DELLA SIG.RA \_\_\_\_\_**

*(da compilarsi a cura del medico curante)*

**ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA**


**RICOVERI OSPEDALIERI NEGLI ULTIMI 3 ANNI**


**DIAGNOSI**


**ALLERGIE FARMACOLOGICHE**

--

**ALLERGIE ALIMENTARI**

**ALLERGIE AMBIENTALI**

**TERAPIA IN CORSO** *(indicare soltanto il nome dei farmaci)*

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_  
*(data)*

\_\_\_\_\_  
*(firma del medico)*

**SCHEDA DI RILEVAZIONE DELLE CAPACITA' E DELLE CONDIZIONI  
DEL/DELLA SIG./SIG.RA \_\_\_\_\_**

<u>Deambulazione</u>	<input type="checkbox"/> Cammina autonomamente e senza assistenza	<input type="checkbox"/> Cammina con l'ausilio di bastone/tripode	<input type="checkbox"/> È costretto in carrozzina o è allettato
<u>Memoria</u>	<input type="checkbox"/> Lucido	<input type="checkbox"/> Occasionalmente smemorato	<input type="checkbox"/> Disorientato e confuso
<u>Alimentazione</u>	<input type="checkbox"/> Si alimenta autonomamente	<input type="checkbox"/> Si alimenta con assistenza	<input type="checkbox"/> Richiede di essere alimentato
<u>Abbigliamento</u>	<input type="checkbox"/> Si veste autonomamente e senza assistenza	<input type="checkbox"/> Si veste con assistenza	<input type="checkbox"/> Non si veste autonomamente
<u>Continenza</u>	<input type="checkbox"/> Controllo totale	<input type="checkbox"/> Incidenti occasionali	<input type="checkbox"/> Incontinenza
<u>Presidi per incontinenza</u>	<input type="checkbox"/> Non ne fa uso	<input type="checkbox"/> Ne fa uso saltuario	<input type="checkbox"/> Ne fa uso continuativo
<u>Igiene personale</u>	<input type="checkbox"/> Si lava autonomamente e senza aiuto	<input type="checkbox"/> Si lava con assistenza	<input type="checkbox"/> Non si lava autonomamente
<u>Bagno</u>	<input type="checkbox"/> Si lava autonomamente e senza aiuto	<input type="checkbox"/> Si lava con assistenza	<input type="checkbox"/> Non si lava autonomamente

<u>Visita U.V.G.</u>	<input type="checkbox"/> Mai effettuata	<input type="checkbox"/> Effettuata in data _____ con il seguente esito: _____ ( <i>punteggio</i> )	
	<input type="checkbox"/> Bassa intensità	<input type="checkbox"/> Medio-bassa int.	<input type="checkbox"/> Media intensità
	<input type="checkbox"/> Medio-alta int.	<input type="checkbox"/> Alta intensità	<input type="checkbox"/> Alta int. increment

<u>Lavaggio biancheria dell'ospite</u>	<input type="checkbox"/> A cura dei parenti	<input type="checkbox"/> A cura della struttura con addebito del relativo costo mensile
<u>Contrassegno della biancheria</u>		

**SCHEDA DI RILEVAZIONE DELLO STATO DI FAMIGLIA**  
**DEL/DELLA SIG./SIG.RA \_\_\_\_\_**

Persone tenute agli alimenti – ex. art.433 Cod. Civ.

“All’obbligo di prestare gli alimenti sono tenuti, nell’ordine seguente:

1. il coniuge;
2. i figli legittimi o legittimati, e in loro mancanza, i discendenti prossimi;
3. i genitori e, in loro mancanza, gli ascendenti prossimi;
4. i generi e le nuore;
5. il suocero e la suocera.”

Grado di parentela	Cognome e nome	Indirizzo	Recapito telefonico

Figura di riferimento, da contattare in caso di emergenza:

--	--	--	--

(data)\_\_\_\_\_

(firma)\_\_\_\_\_

**OPPURE:**

Dichiaro di non aver nessun parente e/o affine di cui all’ex. art. 433 del Cod. Civ.

(data)\_\_\_\_\_

(firma)\_\_\_\_\_

Ai sensi degli art.12 e 13 del Reg. UE 2016/679, sul trattamento dei dati “personali”, ESPRIMO il consenso, fatta salva l’assoluta riservatezza, al loro utilizzo esclusivamente per lo svolgimento del servizio socio-sanitario-assistenziale della Cooperativa San Francesco. Sono consapevole che, in caso di mancato consenso, la presente domanda non sarà presa in considerazione o il servizio non potrà essere effettuato.

(data)\_\_\_\_\_

(firma)\_\_\_\_\_



SAN FRANCESCO ONLUS S.C.S. –  
Via San Giovanni, 16/A – 10088 Volpiano (TO)  
Tel. 011 988 21 76 - e-mail: casasanfrancescovolpiano@virgilio.it

## **ELENCO DEI DOCUMENTI DA PRESENTARE ALL'ATTO DELLA DOMANDA DI INGRESSO**

1. Copia della carta d'identità
2. Copia del codice fiscale e del libretto sanitario
3. Copia di eventuali attestati di esenzione del ticket
4. Copia di un documento da cui risultino il numero e la categoria della/delle pensione/e percepita/e



=====



SAN FRANCESCO ONLUS S.C.S. –  
Via San Giovanni, 16/A – 10088 Volpiano (TO)  
Tel. 011 988 21 76 - e-mail: casasanfrancescovolpiano@virgilio.it

## **ELENCO DEI DOCUMENTI DA PRESENTARE AL MOMENTO DELL'INGRESSO**

1. Certificato medico con la diagnosi dettagliata sullo stato fisico e psichico del ricoverando e con la terapia farmacologica in corso
2. Carta d'identità in originale
3. Codice fiscale e libretto sanitario in originale
4. Eventuali attestati di esenzione del ticket in originale
5. Cartelle cliniche di eventuali ricoveri ospedalieri in originale